

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ТАЗА ПРИ РАЗРЫВАХ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

Никольский М.А.

*УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет"*

Введение. Травматические разрывы лонного сочленения, особенно с большим расхождением лобковых костей, относятся к категории тяжелых повреждений опорно-двигательной системы. Несмотря на достижения современной травматологии, проблема восстановления стабильности тазового кольца при разрывах лонного сочленения окончательно не решена; об этом говорит высокий удельный вес неудовлетворительных исходов – от 14 до 25% [4]. Ряд авторов с целью хирургического восстановления непрерывности тазового кольца при разрывах лонного сочленения используют проволоку, шелк, капрон, костный трансплантат без фиксации, с фиксацией его проволокой или шурупами, толстыми шелковыми или капроновыми нитями, стабилизацией переднего полукольца таза специальным аппаратом с ввинчиванием винтов в передние верхние ости подвздошных костей [1,2], металлическую пластину с винтами (S), специальное устройство для оперативного лечения разрывов лонного сочленения, фиксационную скобу, фиксатор пластину Г-образной формы [5]. Обе половины фиксатора соединяются между собой болтом с гайкой, а к лобковым костям они крепятся 4 шурупами, комбинированный остеосинтез аппаратом и внутренними фиксаторами, которые предотвращают вторичные смещения при нестабильных повреждениях [8].

Однако все перечисленные способы фиксации имеют ряд существенных недостатков, снижают эффективность и отдаленные результаты лечения.

Цель работы. Предложить и обосновать метод физиологической эластичной внутренней фиксации поврежденного лонного сочленения, удержать кости переднего отдела таза в правильном положении, обеспечить стабильность в лонном сочленении и рано активизировать пострадавших.

Нами (Никольский М.А., Иванов В.П., Лернер А.А., 1980) для восстановления лонного сочленения предложена стяжка фиксатор (см. рисунок). Она состоит из муфты 1 длиной 30-35 мм и двух стержней 2, одни концы которых изогнуты дугообразно типа захвата, а на других выполнена резьба – левая и правая. Эти концы соединяются муфтой 1, в которой имеются соответствующие резьбы стержней 2. В центре муфты

1 по диаметру выполнено 4 отверстия 3, служащих для вращения муфты 1 с помощью воротка

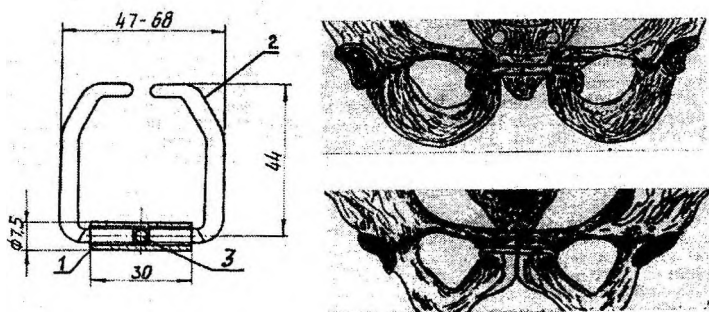


Рис. Фиксатор-стяжка лонного сочленения. Описание в тексте.

Методика оперативного восстановления поврежденного ложного сочленения. Поперечным разрезом на 1-1,5 см выше верхнего края лонного сочленения рассекаем кожу, подкожную клетчатку и апоневроз. Тупо разводим по средней линии прямые и пирамидальные мышцы живота (пирамидальные расслаивания), обнажаем горизонтальные ветви лобковых костей, удаляем рубцовую ткань и хрящ лонного сочленения – в случаях застарелых повреждений. На передней поверхности в нижней трети вертикальных ветвей лобковых костей во фронтальной плоскости формируем желобоватую выемку глубиной до 5 мм. Оба стержня крючка вводим в запирательные отверстия таза и соединяем при помощи муфты 1, уложенной в желобоватую выемку. Вращением муфты крючки сближаем, а вместе с ними до плотного соприкосновения сближаем и лонные кости. Тщательно восстанавливаем связочный аппарат лонного сочленения, рану послойно ушиваем. Благодаря изгибу крючков и их внутренней ребристой грани обеспечивается надежный захват и фиксация стяжкой поврежденного лонного сочленения. По данной методике оперировано 10 больных. Во всех случаях получены хорошие отдаленные результаты лечения в сроки от 3 до 20 лет. Это позволило им вернуться к своей профессии. Фиксатор стяжка была удалена только у одной больной. Остальные пациенты от удаления ее отказались из-за отсутствия каких-либо жалоб.

Предлагаемая стяжка-фиксатор лонного сочленения проста и надежна по своей конструкции, удобна при применении, не травмирует мягких тканей, особенно стенки мочевого пузыря, не нарушает

целостности горизонтальных (наименее прочных) ветвей лобковых костей, позволяет легко и атравматично фиксировать лобковые кости не только при изолированном, но и сочетанном травматическом разрыве лонного, крестцово-подвздошного сочленений и не устраненном полностью вертикальном смещении одной из половин таза, позволяет исключить необходимость взятия костного аутотрансплантата и помещения его между лобковыми костями, получить хорошую стабильность в горизонтальной и вертикальной плоскостях, полностью восстановить трудоспособностью пострадавшего.

Вывод. Разработанный способ фиксации лонного сочленения фиксатором стяжкой обеспечивает надежное удержание лонных костей в анатомически правильном положении и полное восстановление трудоспособности пострадавшего.

Литература:

1. Дятлов, М. М. Неотложная и срочная помощь при тяжелых травмах таза / М. М. Дятлов. – Гомель: ИММС НАНБ, 2005. – 293 с.
2. Дятлов, М. М. Сложные повреждения таза. Что делать? / М. М. Дятлов. – Гомель: ГГМУ, 2006. – 494 с.
3. Зырянова, Т. Д. Биомеханические предпосылки к остеосинтезу лонного сочленения / Т. Д. Зырянова // Биомеханика. – М., 1975. – С. 447-450.
4. К вопросу об оперативном восстановлении поврежденного лонного сочленения / С. М. Кутепов [и др.]. – 2000. – № 1 – С. 17-20.
5. Охотский, В. П. Методические рекомендации НИИ скорой помощи. / В. П. Охотский, З. М., Атаев, И. Л. Коваленко.
6. Саранча, Сюд. Хирургическое лечение разрывов лобкового симфиза / Сюд Саранча, А. И. Канзюба // Травматол. и ортопед. России. – 1994. – № 1. – С. 76-79.
7. Цыбуляк, Г. Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений / Г. Н. Цыбуляк – СПб.: Гиппократ, 1995. – 432 с.
8. Unfallchirurg / M. Meissner [et al.]. – 1996. – Bd.99, H.6. – S. 415-421.